

1. Tanı Hakkında Bilgi:

Manisa Celal Bayar Üniv Hafsa Sultan Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniğine gözünüzdeki rahatsızlığın tedavisi için başvurmuş bulunmaktasınız. Sağ (.....) Sol (.....) gözünüze **LAGOFTALMUS** tanısı konulmuştur.

2. Tedavi Yöntemi Hakkında Bilgi:

Mevcut hastalığınızın tedavisi için Sağ (.....) Sol (.....) gözünüze **TARSORAFİ** ameliyatı önerilmektedir.

Bu girişimin amacı çeşitli sebeplere bağlı olarak (kapakların kapatılmaması, yüz felci vb.) korneanın açık kalması, korneal incelme, ülser, gözyaşı disfonksiyonu ve nörotropi gibi durumlarda alt ve üst kapak kenarlarının geçici ya da kalıcı olarak dikilerek korneanın korunmasıdır. Hastalığın yaygınlığına bağlı kapak kenarının dış kısmı, tamamı, iç kenarı ya da orta kısmı dikilebilir.

İşlem sırasında lokal anestezi yeterli olmaktadır. Genel anestezi nadiren gerekebilir. İşlem sonrasında enfeksiyon gelişmemesi için antibiyotikli damla ve pomad kullanılması önerilmektedir.

3. İşlemden beklenen faydalar

Tarsorafi işleminin başarı şansı yüksektir. İşlem süresi oldukça kısadır. Gözünüzün açıkta kalmasına bağlı problemlerin ortaya çıkmasını engeller.

4. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar

Lokal/genel anestezi sırasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1. Göz ve/veya arkasındaki damarlarda iğne ile zedelenme, 2. Anestezik madde ile görme sinirinde hasar oluşumu, 3. Anestezik ilaca karşı alerjik reaksiyon, 4. Göz arkasında kanama, 5. Genel anesteziye bağlı ya da anestezi uygulaması sırasında gerekli olan durumlarda kan ve/veya kan ürünlerinin transfüzyonuna bağlı sorunlar

İşlem sırasında ya da sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar: 1. Tarsorafi iyi yapılmazsa kapak kenarı deformitesi meydana gelebilir. 2. Dikişler açılabilir. 3. Kanama olabilir.

Tedavinin kabul edilmemesi durumunda karşılaşılabilecek komplikasyonlar: 1. Korneada incelme ve delinme 2. Önceden yapılan kornea naklinin reddi 3. Korneal apsenin sebat etmesi 4. Sayılan komplikasyonlara bağlı olarak geçici ya da kalıcı görme kaybı

5. Varsa işlemin alternatifleri

İşlemin alternatifleri için hekiminiz size bilgi verecektir.

6. İşlemin riskleri-komplikasyonları

Tarsorafi sonrasında kapak kenarı deformitesi (entropiyon, trikiyazis vb.), doku kaybı meydana gelebilir. Dikişler açılabilir ve girişimin yenilenmesi gerekebilir. Kanama olabilir. Enfeksiyon, piyojenik granülom veya nedbe dokusu gelişebilir.

7. İşlemin tahmini süresi

İşlem süresi kullanılan tekniğe göre 20-60 dakikadır.

8. Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar

Her ilaç kullanımında genel vücut sağlığı olumsuz etkilenebilir ve ciddi alerji gibi yan etkiler görülebilir. Kullanılan ilaçlarda görülecek yan etkiler ilaç kullanma prospektüslerinde belirtilmiştir.

9. Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar

Yara yeri üzerine yatmayınız. Göz damlalarını uygularken kapaklarınızı elinizle açmayınız.

10. Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği Hakkında Bilgi:

Gerektiğinde 24 saat bizzat hastanemize başvurabileceğiniz gibi hastanemiz santrali (Tel: +90236 2360330) aracılığıyla ameliyatı gerçekleştiren doktor veya nöbetçi doktor ile irtibat kurup tıbbi destek alabilirsiniz. Acil durumlarda size en yakın bir sağlık kuruluşunda ya da acil çağrı merkezi (telefon: 112) aracılığıyla tıbbi yardıma ulaşmanız mümkündür.

11. Hasta Onamı:

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum ve aşağıda imzası olan doktor tarafından bilgilendirildim. Yapılacak olan müdahalelerin amacı, riskleri, komplikasyonları ve ek tedavi girişimleri açısından bilgi sahibi oldum.

Sağ (...) Sol (...) gözümü uygulanması planlanan **TARSORAFİ** ameliyatının Dr. ve/veya onun gözetimi altında çalışan asistanları tarafından gerçekleştirilmesine kendi rızamla izin veriyorum.

Ayrıca girişim esnasında vücudumdan tanı ve tedavi amacı ile çıkarılacak olan doku ve organların tıp biliminin gelişimi için yapılacak çalışmalarda kullanılması amacıyla gerekli yetki ve izni veriyorum. Tıbbi ya da cerrahi müdahale sırasında tedaviyi uygulayacak olan ekip tarafından çekilen fotoğraflar ve video kayıtlarının ve gerekli dokümanların kimlik bilgilerim gizli kalmak kaydı ile kliniğinizde saklanmasına ve gerektiğinde tıp eğitimine hizmet amacıyla kullanılmasına izin veriyorum.

Ek açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu formu imzalıyorum:

- Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tıbbi tedavi konusunda ve bu tedavinin gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi aldım.
- İşlem sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri bana ayrıntıları ile anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği bana anlatıldı.
- Kimlik bilgilerim ifşa edilmemek kaydıyla, hastalığımla ilgili tüm tıbbi veriler ile her türlü tetkik materyallerinin ve tetkik sonuçlarının eğitim ve bilimsel çalışma amaçlı olarak kullanılabilmesi bana anlatıldı. Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Aklım başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada vazgeçebileceğimi biliyorum.

Not: Lütfen el yazınızla "okudum, anladım ve kabul ediyorum" yazınız ve imzalayınız.

Hastanın veya Yakınının

Adı- Soyadı :
Tarih-Saat : ___/___/_____/___
İmza :
Yakınlık Derecesi:

Ben "Bilgilendirme ve Rıza Belgesinin" içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım .

İŞLEMİ YAPAN (Hekim)

Adı – Soyadı :
Kaşe / İmza :
Tarih / Saat : ___/___/_____/___